

問 診 票

フリガナ				生年月日			
お名前	男・女 (歳)		年	月	日		
郵便番号	—						
ご住所							
電話番号 ()	—		携帯番号 ()	—			

1. 本日はどうされましたか？（下記より選択してください）

- いつ頃 () から (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼) が、
- ・ 赤い
 - ・ かゆい
 - ・ 目やにがでる
 - ・ ころころする
 - ・ 腫れている
 - ・ 痛い
 - ・ 涙が出る
 - ・ かわく
 - ・ かすむ
 - ・ 糸くずが飛んで見える
 - ・ ものが見えにくい
 - ・ ものが二つに見える
 - ・ 検診
 - ・ コンタクトレンズ処方
 - ・ メガネ処方
 - ・ その他 ()

2. 眼科通院や手術をしたことがありますか？（あれば下記より選択してください）

- ・ はやり目
- ・ ものもらい
- ・ 白内障
- ・ 緑内障
- ・ レーシック
- ・ その他 ()
- ・ どこで () 眼科/病院
- ・ いつ頃 ()

3. 現在治療中の病気はありますか？（あれば下記より選択してください）

- ・ 糖尿病
- ・ 高血圧
- ・ 心臓病
- ・ 脳疾患
- ・ 喘息
- ・ 肝臓病
- ・ 腎臓病
- ・ 花粉症
- ・ アトピー性皮膚炎
- ・ その他 ()

4. 現在使用/服用しているお薬があればご記入ください

使用薬品名 ()

※お薬手帳があればご提示ください

5. 今までにお薬でアレルギーを起こしたことはありますか？

はい (薬品名 :) ・ いいえ

6. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- ・ インターネット
- ・ 知人の紹介
- ・ 近所
- ・ 広告 (駅)
- ・ 広告 (バス)
- ・ チラシ
- ・ その他 ()

7. (女性の方のみ) 現在「授乳中」または「妊娠中 (可能性含む)」ですか？

- ・ はい
- ・ いいえ
- ・ 不明